

Синергетическая модель супервизии в психотерапии

КУЛАКОВ С.А.

врач-психотерапевт высшей категории, д.м.н., профессор кафедры клинической психологии
Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена,
супервизор Российской психотерапевтической ассоциации, Санкт-Петербург

ФЕДОРЯКА Д.А.

врач-психотерапевт, НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: psyfed@gmail.com

Супервизия является особым вмешательством в практике психотерапевта. Популярная шестифокусная модель супервизии не всегда удовлетворяет потребности начинающих психотерапевтов. На примере конкретного клинического случая пациента с пограничным расстройством личности приводятся возможности использования синергетического подхода в супервизии, позволяющего приобретать системное и стереоскопическое видение пациента.

Ключевые слова: синергетическая медицина, супервизия, психотерапия, пограничное психическое расстройство

Введение

В последние годы медицинские психологи и психотерапевты стали активнее прибегать к супервизии.

Перспективным подходом в обучении молодых специалистов о формированиях пограничных расстройств может стать синергетика — междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации [1, 2, 4]. Основными принципами синергетики являются нелинейность, неустойчивость, открытость, иерархичность, наблюдаемость.

Синергетический подход можно представить четырьмя основными плоскостями (векторами) био-психо-социо-духовной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом [2, 3]. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез — развитие психических функций, социогенез — развитие социальных ролей и отношений, ноогенез — динамика развития личности в духовной сфере, включающая в себя «Я»-концепцию, базовые экзистенциальные мотивации, систему ценностей индивидуума, экзистенциальную фрустрацию, «духовный диагноз» и т.д.

Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность. Фрактал — это интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Наибольшую сложность для начинающих психотерапевтов представляют пациенты с так называемой хронологической коморбидностью [5]. Такие больные, имеющие несколько диагнозов, попадая в поле зрения

психотерапевтов из соматической, неврологической или психиатрической клиники лишь на стадии декомпенсации, благоприятны для психотерапии, ибо находятся в «эго-дистонном состоянии» и мотивированы на проведение лечения.

В настоящем сообщении приводится описание применения синергетического подхода в супервизии пациента с пограничным расстройством личности.

Пациент Александр, 24 года

История болезни.

Клинико-anamnestическое обследование.

В психотерапевтическую клинику обратилась мать пациента с просьбой о помощи в переводе сына из психиатрического стационара города в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Была оказана такая помощь, а после стационарного лечения и выписки пациент вместе с родителями продолжил лечение в амбулаторном порядке. Предъявлял жалобы на периодическую тревогу, с которой частично справляется самостоятельно, на неуверенность в себе.

Мальчик родился, когда его родителям было по 23 года, оба имели высшее образование, отец — инженерное, мать — экономическое. По данным УЗИ, планировалось рождение двойни, однако второй ребенок родился мертвым. Саша перенес в преждевременных родах гипоксию, вес при рождении составил 1700 г, находился в детской больнице до достижения нормального веса и нормализации состояния. Неврологически отмечался повышенный тонус (спастика) мускулатуры, поставлен диагноз: ДЦП? Наблюдался педиатром и неврологом, ДДУ не посещал, до 6 лет сидел дома с матерью. В 6 лет после прививки переболел коклюшем. Сначала проживал с родителями в однокомнатной квартире, посещал школу рядом с домом. После 5 класса перешел в другую школу, ближе к работе матери. Как вспоминает сам А., «была какая-то история про маньяка в том районе, где раньше учился, возможно, поэтому перевели». С ранних лет что-то паял, «отец мне привил любовь к радиоэлектронике», собрал радиоприемник. Сообщает, что «младшие школьные годы помню смутно, были какие-то события, но особого значения им не предавал». В старших классах успешно выступал на олимпиадах по биологии, посещал кружки космонавтики, радиоэлектроники, дзюдо, однако долго нигде не задерживался. Единственным стабильным увлечением была сборка аппаратуры, автотранспорта: обеспечивал техническую часть школьных вечеров (сам танцевать не любил, держался несколько в стороне от товарищей, так как они выпивали, пациент считал это неправильным). Приобрел у знакомого учителя труда мопед и занимался его ре-

монтом, а затем начал ремонтировать старенький семейный автомобиль, предпочитая данное увлечение общению со сверстниками. Семья переехала в двухкомнатную квартиру, там появилась своя территория. Еще в школе сдал экстерном экзамены на сертификат монтажника радиоэлектроаппаратуры и приборов, получил 2-й разряд. Школу окончил с несколькими тройками, хотел поступить в технический вуз, в первый раз не прошел по конкурсу, в том же году поступил в академию гражданской авиации на инженерно-технический факультет. Учиться было непросто, да и, как подчеркнул пациент, «ожидал лучшего отношения к студентам». В группу влился легко, общался с однокурсниками, в основном, по учебе. Пропускал занятия, сессии, но с помощью родителей удалось избежать отчисления. На втором курсе произошла авария: в машину юноша врезался мотоциклист, получивший перелом ноги, а сам пациент — сотрясение головного мозга. Взял академический отпуск, пошел работать к отцу в фирму (тот был ведущим инженером), занимался программированием. Собираясь вернуться к учебе, даже пришел в академию, но «как увидел очередь за пропусками, решил, что не хочу продолжать учебу, хотя других видимых причин не было». Тогда же появилась старая автомобиль «Москвич», который Саша собирал практически целиком, уделяя этому время по ночам, в одиночестве, ездил в пригород, где находился гараж. Позже пошел работать по совету друзей в фирму, занимающуюся домашними сетями, однако проработал недолго, все развалилось. После этого опыта неудачно попал в аварию, был нетрезв, машина перевернулась. В автосервисе чинил свою машину, и парня взяли туда на работу. Долго там не удержался и за пару лет сменил много мест работы в автобизнесе, но нигде не получалось стабильно работать. Успел выучиться на специалиста по ремонту автомобилей. Еще учась в институте, Александр по Интернету познакомился с девушкой, какой-то период встречались, затем на год расстались. Когда снова сошлись, юноша переехал жить к ней в 3-комнатную квартиру, где проживали еще мама подруги, работавшая в школе, и ее дедушка. С родственниками девушки наладил хорошие отношения. На последнем месте работы возник конфликт с президентом фирмы, ушел работать в гараж, мыл гидротрансформаторы технической жидкостью. В тот период умер его дед, которого очень любил, переживал его смерть. Возникли финансовые проблемы, необходимо было выплачивать часть денег за купленный родителями автомобиль. Перестал уделять внимание девушке, работал допоздна. Подруга была недовольна ситуацией, стали возникать скандалы, ссоры. Забросил квалифицированную работу в автосервисе, перестал общаться с друзьями. Появилась бессонница, пытался отсыпаться в выходные. Нарастала подозрительность к окружающим, возникали состояния «deja vu». Описывал эти ощущения как «помутнение в голове». «Слышал» в гараже от других людей разговоры про ФСБ, показалось, что телефон «шпионский», испугался. Однажды вечером позвонил старому знакомый, связанный в прошлом с криминалом, попросил поставить на его телефон «прослушку». А. охватила паника, страх, тело стало «будто ватное», слабость в конечностях. Скорой помощью был доставлен в соматическую больницу с подозрением на инсульт. Находясь в неврологическом стационаре, испытывал беспокойство, что медперсонал может нанести какой-то вред. Диагноз *инсульт* не подтвердился, был выписан. После больницы сразу переехал к родителям, снова мучила бессонница, подозрительность, тревога, придавал чрезмерное значение мелким событиям, совпадениям. Рассказал о переживаниях отцу, стало вроде бы легче, он поддерживал сына. Буквально на следующий день, во время дня рождения отца, появилась немотивированная тревога, снизилось настроение, стал плакать без видимых причин. Казалось, будто полностью потерял память, стала тяжелой голова, перестал узнавать себя на фото, сильно боялся каких-то людей, которые могут приехать и принести вред. Дезорганизовалось поведение: начал куда-то звонить, «искать себя», нанес себе ожог кипятком. Вызвали скорую помощь, юноша госпитализирован в психиатрический стационар. Попав в новую среду, был напуган, боялся персонала, звуков,

ощущал дискомфорт. Был переведен в институт им. Бехтерева, где в первые дни все нормализовалось, но потом снова выросла тревога, в основном, за родителей — казалось, что их убили, «видел» лужи крови. Однако на фоне лечения, тревога постепенно прошла, нормализовались сон, настроение. По выписке полностью был критичен, «стараясь бороться с тревогой, когда она возникает». Назначена поддерживающая терапия: инвега 12 мг/сут., финлепсин 200 мг 3 р./сут., венлафаксин 37,5 мг 2 р./сут., рекомендовано наблюдение психиатра.

Когда находился в клинике, родители поссорились с его девушкой. Она, с их слов, непоследовательна, «то просит о ласке, то уходит, ничего не объясняя», имеет много прихотей, капризная, эгоистичная. Интересно отметить, что подруга Александра, пока он находился в больнице, как он рассказывает, переживала депрессию, и даже лечилась, ходила к врачу. Молодой человек после выписки чувствует вину за то, что с ним случилось, так как «заставил родственников сильно волноваться». Вскоре после выписки из института им. Бехтерева Саша переехал от родителей опять к девушке, отношения характеризует как «переходный этап».

В психотерапевтической клинике на диагностическом этапе произошло несколько встреч с врачом-психотерапевтом, где уточнялся анамнез, клинический психолог провел экспериментально-психологическое исследование, случай был представлен на супервизию. Комплексную диагностику завершала встреча в составе родителей пациента, самого Александра, лечащего врача-психотерапевта и руководителя клиники.

В период наблюдения в психотерапевтической клинике пациент оставил следующее впечатление: молодой человек с превышением массы тела, со сниженным зрением. В ясном сознании, полностью ориентируется в себе, времени, пространстве. Ровный фон настроения, но возможны колебания в сторону снижения при настойчивом прояснении проблемных зон. Выглядел встревоженным, но по мере установления контакта становился более открытым. Грубых структурных нарушений мышления не наблюдалось. Также не выявлены расстройства мышления при экспериментально-психологическом исследовании. Обманов восприятия, бредовых идей не обнаруживал. Память, внимание — без выраженных нарушений. Агрессивные и суицидальные тенденции отсутствуют. Критика сохранена, однако неадекватна самооценки. Высокая степень выраженности психологических защит, таких как отрицание, компенсация и интеллектуализация, что свидетельствует о неустойчивом психическом состоянии с возможностью декомпенсации. Высокая конфликтность в системе отношений личности: с значимыми близкими, семьей. Так как были затруднения и в постановке диагноза, и дальнейшей тактике ведения, врач-психотерапевт, принявший данного пациента, попросил провести очную супервизию.

Синергетическая модель развития расстройства

Динамика заболевания Александра включает следующие факторы: предрасположения, латентный, инициальный, развернутой клинической картины, исходов: ремиссии, рецидивов и смерти.

Во факторе предрасположения «вращаются 4 изомера»: наследственная отягощенность, преморбидные особенности личности (акцентуация характера, расстройство личности), семейная дисфункция, «Я»-концепция.

Пациент изначально имел «неблагоприятную почву», связанную с органическим поражением ЦНС, гиперпротекция матери не позволяла ему выполнять задачи развития. Эмоциональная неустойчивость сопровождала его на протяжении всего отроческого периода, однако пациент был компенсирован, пребывая в зоне «комфорта».

Фрактал «латентный период» состоит из психосоматического диатеза, психического диатеза, нарушения социализации и ценностно-смысловой дисгармонии. Психосоматический диатез — это нарушение психической адаптации организма, проявляющегося различными соматическими эквивалентами, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и др.) факторов. Психический диатез — это совокупность признаков, характеризующая предрасположенность к психической патологии. Как известно, одной из задач подросткового возраста является выбор собственного образовательного маршрута, интериоризация морально-ценностных установок. У Александра не существовала собственная система ценностей. Обучаясь в вузе, он не нашел в этой деятельности смысла. Постоянная смена мест работы происходила из-за того, что мотивом был заработок, а не получение удовольствия от работы.

Во фрактале «инициальный период» на биологическом уровне определяются различные клинко-иммунологические отклонения в лабораторных анализах (повышение трансаминаз, изменения в формуле крови и т.д.). В анамнезе нарастают различные стрессовые факторы (показатели по шкале стресса Холмса превышают 300 баллов). Нарушаются значимые отношения личности. В психическом статусе наблюдаются различные эмоциональные отклонения, отмечается появление деструктивных аффектов рефлексии и мстительности (вина, обида). В духовной сфере присутствует экзистенциальный вакуум или фрустрация. У Александра наблюдался астенический синдром, связанный с перегрузками на работе. Его девушка, работавшая в банке, была ориентирована на зарабатывание денег, а не личностное и профессиональное развитие. Таким образом, в микросоциальных отношениях имела место выраженная ценностно-смысловая дисгармония.

Следующий фрактал «диагноз» определяется уже конкретной нозологической формой заболевания. Социогенез проявляется эмоциональными и поведенческими расстройствами. Исследуя психогенез, важно понять, насколько истощены ресурсы личности. В этом плане сопутствующая специфическому лечению психотерапия может оказывать затормаживающее действие на прогрессирование заболевания, способствовать более быстрому продвижению к ремиссии. От того, как пациент далек от перехода на трансцендентный уровень своего духовного развития будет также зависеть прогноз. Пациент, истощив ресурсы, прореагировал на напряжение жизненной ситуации психосоматически. Не исключено, что «псевдоинсульт», который был диагностирован у него в неврологической клинике, был проявлением конверсионной симптоматики.

Отсутствие стабильной работы в течение года у молодого человека, остановка саморазвития привели к снижению иммунитета, истощению ресурсов пациента. Согласно теории многоэшелонной обороны Митчеллиха, следующей линией после психосоматической защиты является психотическая защита. Пациент, теряя свои ресурсы, попадает в «аттрактор болезни». Диагностированное у пациента психотическое состояние не укладывалось в конкретную нозологическую форму. Отсутствовали нарушения мышления при экспериментально-психологическом исследовании. Методика Пезешкиана (распределение основных сфер своей жизни в процентах), предложенная пациенту во время очной супервизии, показала, что 95% его жизненной сферы занимала работа, духовная сфера — ноль; на контакты и тело тратилось по 5% (в норме 20—30%). Отсутствие внимания к своему телу у молодого мужчины выразилось через алиментарное ожирение. Подруга Саши, видимо, также имеющая пограничную личностную организацию, в трудной жизненной ситуации сама стала «носителем симптома».

Следующий фрактал «исходы» характеризуется колебаниями между ремиссией, рецидивами заболевания, психопатизацией, инвалидностью, профессиональным сгоранием и смертью пациента. Но и здесь положительная или отрицательная динамика определяется взаимодействием провоцирующих факторов (снижение качества жизни, стрессы) и ресурсных факторов (социальная поддержка, философско-религиозное отношение к конечности бытия, сохранение силы духа, активное участие пациента в психотерапии).

Комплексная клинко-психологическая диагностика определила состояние Александра в рамках следующей диагностической категории: пограничное расстройство личности (эмоционально-неустойчивое, пограничный подтип по МКБ-10). Декомпенсации по типу психотической реакции (депрессивно-бредовый синдром). Рецидивно-органическое поражение ЦНС.

Использование синергетического подхода в супервизии способствовало тому, что пациент отчетливо понял патогенез своего расстройства, немаловажную роль в котором играли экзистенциальные факторы. Позитивными прогностическими признаками были его мотивация на психотерапию и хороший контакт с психотерапевтом.

Была обсуждена и согласована индивидуальная психотерапевтическая программа, включающая в себя следующий алгоритм:

- наблюдение психиатра;
- фармакологическая поддержка;
- отмена лекарств по мере успешности психотерапии;

- индивидуальная поддерживающая интегративная психотерапия с открытыми сроками с акцентом на экзистенциально-аналитическом подходе;
- семейная психотерапия для Александра и его девушки в количестве 5—10 сессий;
- семейно-супружеская психотерапия для родителей — 5—10 сессий;
- при необходимости — отдельная семейная сессия для всей расширенной семьи.

Катамнестическое исследование

В ходе терапии, длившейся на данный момент 5 мес., достигнута устойчивая ремиссия. Пациент проживает с девушкой в квартире ее матери, отношения хорошие. Отмечается установление более близких отношений и доверительного контакта между родителями пациента и его девушкой. Устроился на любимую работу (диагност-наладчик в автомастерской), дозирует нагрузку на работе, уделяет время семье, отдыху. Перестал испытывать переживания по поводу собственной неполноценности, сниженной самооценки и связанные с этим приступы тревоги в общественных местах, с выраженной потливостью. Стал более уверен в себе, самостоятельно, без родителей приезжает в клинику и оплачивает терапию. Продолжает получать психотерапию в гуманистическом направлении (любые попытки динамического воздействия упирались в ригидные защитные механизмы), однако осуществлен переход в режим поддерживающей терапии 2 раза в неделю, в ближайшее время намечен переход на сеансы с частотой до 1 раза в месяц. В программе психотерапии участвовали родители па-

циента, получавшие семейную терапию. Пациент дважды за это время консультирован психиатром, и в связи с положительной динамикой ему были снижены дозы инвеги и финлепсина, планируется отмена венлафаксина.

Заключение

Таким образом, синергетический подход можно рассматривать как позитивный способ овладения нелинейной ситуацией на основании позитивной установки синергетического подхода — у личности есть ресурс к самоорганизации и самовосстановлению, и цель специалиста — изучать ресурсы личности и уметь вовремя подтолкнуть личность в направлении совладания с заболеванием. В супервизии такой подход помогает молодому психотерапевту приобретать системное и стереоскопическое видение пациента.

Список литературы

1. Аршинов В.И. Синергетика как феномен постнеклассической науки. — М.: ИФРАН, 1999. — 203 с.
2. Кулаков С.А. Био-психо-социо-духовная и синергетическая модель развития психосоматических расстройств: системный подход // Психическое здоровье. — 2009. — №9. — С. 66—70.
3. Сидоров П.И. Синергетическая концепция зависимого поведения // Наркология. — 2006. — №10. — С. 30—35.
4. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. Коморбидность // Синергетическая медицина. Теоретические и прикладные аспекты аддиктологии (Гл. 5, 6). — Йошкар-Ола: Фрактал, 2006. — С. 199—209.
5. Чернобровкина Т.В., Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Никифоров И.А. Проблемы коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. — 2006. — №12. — С. 47—74.

Synergetic model of supervision in psychotherapy

KULAKOV S.A., FEDORIAKA D.A.

The supervision is a particular intervention in psychotherapist practice. popular Six-focused supervision model sometimes doesn't meet demands of beginner psychotherapist. In the article at the concrete clinical case (patient with borderline personality disorder) are considered abilities of synergetic approach use. This method allows acquiring of systemic and stereoscopic view on patient.

Key words: *synergetic medicine, supervision, psychotherapy, borderline personality disorder*